

Dagens datum:



ANSÖKAN OM ÅTERBETALNING AV FÖRSÄKRINGSPREMIE

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Postnummer: Ort:	E-post:

Återbetalning skall ske till:

Bank:	Clearingnr:	Kontonr (+ namn, om annan innehavare):
-------	-------------	----------------------------------------

Återbetalningen avser försäkringsnummer: _____

Orsak till återbetalningen:

- Dubbelbetald premie Ej påbörjad resa Avbrutna/avslutade studier
 Avbruten resa/tidig hemkomst Ej påbörjade studier
 Annan orsak: _____

Namnunderskrift försäkringstagare 1

Underskrift: _____ Namnförtydligande: _____

Namnunderskrift försäkringstagare 2

Underskrift: _____ Namnförtydligande: _____

* Bifoga intyg som styrker hemkomstdatum, som boardingkort eller bagagetag. I det fall detta saknas återbetalas premien fr.o.m **ansökans ankomstdag**.

* Plats för boardingkort eller bagagetag med namn och hemkomstdatum
OBS ENDAST I ORIGINAL!